



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

ANA ALEXANDRA DE REZENDE

**Percepções do Agente Comunitário de Saúde sobre
educação e promoção da saúde bucal em Unidades de
Saúde da Família**

**Perceptions of the Community Health Agent on
education and oral health promotion in the Family
Health Units**

Piracicaba
2015

ANA ALEXANDRA DE REZENDE

Percepções do Agente Comunitário de Saúde sobre educação e promoção da saúde bucal em Unidades de Saúde da Família

Perceptions of the Community Health Agent on education and oral health promotion in the Family Health Units

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestra em Odontologia em Saúde Coletiva.

Professional Master's Dissertation presented to the Piracicaba Dental School of the University of Campinas in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master in Dentistry in collective health.

Orientadora: Profa. Dra. Karine Laura Cortellazzi Mendes
Coorientadora: Profa. Dra. Luciane Miranda Guerra

Este exemplar corresponde à versão final da dissertação defendida pela aluna Ana Alexandra de Rezende e orientada pela Profa. Dra. Karine Laura Cortellazzi Mendes

Piracicaba
2015

FICHA CATALOGRÁFICA

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

R339p Rezende, Ana Alexandra de, 1972-
Percepções do agente comunitário de saúde sobre educação e promoção da saúde bucal em unidades de saúde da família / Ana Alexandra de Rezende. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2015.

Orientador: Karine Laura Cortellazzi Mendes.
Coorientador: Luciane Miranda Guerra.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Educação em saúde bucal. 2. Agentes comunitários de saúde. 3. Estratégia saúde da família. I. Cortellazzi, Karine Laura, 1973-. II. Guerra, Luciane Miranda, 1970-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Perceptions of the community health agent on education and oral health promotion in the Family health units.

Palavras-chave em inglês:

Health education, dental
Community health workers
Family health strategy

Área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Titulação: Mestra em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Karine Laura Cortellazzi Mendes [Orientador]
Débora Dias da Silva Harmitt
Rosana de Fátima Possobon

Data de defesa: 25-09-2015

Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 25 de Setembro de 2015, considerou a candidata ANA ALEXANDRA DE REZENDE aprovada.

Profa. Dra. KARINE LAURA CORTELLAZZI MENDES

Profa. Dra. DÉBORA DIAS DA SILVA HARMITT

Profa. Dra. ROSANA DE FÁTIMA POSSOBON

A Ata da defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho primeiramente a Deus pela proteção ao longo da minha vida,
aos meus pais, Amélia e Manoel, meu porto seguro em todos os momentos de minha vida,
e ao meu afilhado, Otávio.
Muito obrigada e Amo muito vocês!!!*

AGRADECIMENTOS

Ao Magnífico Reitor da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Prof. Dr. José Tadeu Jorge.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba - FOP/UNICAMP, representada por seu Diretor, Prof. Dr. Guilherme Elias Pessanha Henriques.

À Prof.^a Dr.^a Juliana Trindade Clemente Napimoga, Coordenadora dos cursos de Pós-Graduação da FOP/UNICAMP.

À Prof.^a Dr.^a Cinthia Pereira Machado Tabchoury, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da FOP/UNICAMP.

Ao Prof. Dr. Antônio Carlos Pereira, Coordenador do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da FOP/UNICAMP.

A todos os professores e professoras do Departamento de Odontologia Social e professores (as) convidados, que muito contribuíram nessa formação pelos conhecimentos transmitidos.

Às bancas examinadoras pela disponibilidade, contribuição e dedicação na leitura deste trabalho.

A toda a equipe técnica da Secretaria de Saúde de Piracicaba que permitiram o desenvolvimento da pesquisa.

À Coordenadora de Saúde Bucal de Piracicaba, Dr.^a Dirce Valério da Fonseca, pelo auxílio na pesquisa e disponibilidade dos dados.

Às enfermeiras, aos médicos, aos cirurgiões-dentistas, às auxiliares de saúde bucal, às auxiliares de enfermagem, aos agentes comunitários de saúde das Unidades de Saúde da Família do município de Piracicaba, pela receptividade e colaboração na realização desta pesquisa.

Agradeço a todos que de alguma maneira contribuíram para a realização deste estudo e para a concretização de mais uma etapa de minha vida.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aos meus pais que dedicaram as suas vidas para a minha formação, pelo exemplo de humildade e de perseverança que são para mim, e por me mostrarem que tudo é possível desde que acreditemos em Deus e nos objetivos a serem alcançados.

A minha orientadora Prof.^a Dr.^a Karine L. Cortellazzi Mendes pelos ensinamentos, pela sua dedicação e pelo grande exemplo de profissional.

À Prof.^a Dr.^a Luciane M. Guerra pela participação especial neste trabalho, muito obrigada pela sua disponibilidade e boa vontade.

A minha querida amiga Giovana R. Gouvêa pelo incentivo, amizade, atenção e ajuda dispensadas em todas os momentos durante o mestrado, obrigada de coração.

À Equipe da Unidade de Saúde da Família Santa Rosa I, um agradecimento especial pela amizade, pelos ensinamentos, por todos os momentos de aprendizagem e pelo companheirismo.

Aos colegas da Pós-Graduação por todos os momentos que passamos juntos.

A minha gratidão maior, porém, é a Deus, que permitiu que todas estas pessoas cruzassem o meu caminho e que eu tivesse essa grande oportunidade de realizar o curso de Mestrado.

A TODOS MUITO OBRIGADA!!!

*“Todo conhecimento inicia-se na
imaginação, no sonho; só depois
desce à realidade material e terrena por meio da lógica”*

Albert Einstein

RESUMO

Introdução: O Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem como principal função o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares, comunitárias, individuais e coletivas. A inclusão da Saúde Bucal (SB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) constituiu um avanço na reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica, trazendo novos horizontes e maior segurança ao trabalho do ACS. **Objetivo:** O presente trabalho foi elaborado no formato alternativo de teses e dissertações sendo composto por um capítulo, cujo objetivo foi conhecer a percepção do ACS em relação às práticas educativas em saúde bucal, em Unidades de Saúde da Família (USF) com e sem Equipes de Saúde Bucal (ESB). **Material e Métodos:** Trata-se de um estudo transversal descritivo com abordagem qualiquantitativa, realizado no município de Piracicaba, São Paulo, no ano de 2013, a partir de visitas agendadas nas USF. A amostra foi composta por 162 ACS, provenientes de 40 Unidades de Saúde da Família, onde 81 ACS estavam localizados em 20 unidades sem ESB (Grupo 1) e 81 ACS eram procedentes de 17 unidades que possuíam ESB (Grupo 2). Os dados foram coletados por um único pesquisador, por meio de uma entrevista semiestruturada com as seguintes questões norteadoras abertas: 1) Há situações que tem dificuldade em fazer educação em saúde bucal? 2) Quais sugestões você daria para o aprimoramento de suas atividades visando à promoção da saúde? As respostas foram analisadas através da técnica qualiquantitativa do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** A maioria dos ACS era do sexo feminino, residia no bairro e atuava na unidade há mais de 48 meses. Os elementos identificados nos discursos apontaram que uma parcela significativa dos ACS entrevistados teve dificuldade de fazer educação em saúde bucal. No que diz respeito às dificuldades técnicas específicas, 30,35% dos entrevistados que trabalham sem ESB relataram esse elemento como dificultador, enquanto que dentre os ACS que trabalham com ESB, tais dificuldades também foram descritas, porém de forma menos prevalente (12,67%). A falta de material e a resistência dos usuários foi uma ideia relatada por ambos os grupos. Chamou atenção, também, o anseio por Educação Continuada e Cursos de Capacitação, queixas presentes no discurso da maioria dos entrevistados dos dois grupos. **Conclusão:** Os ACS reconhecem a importância da educação e da promoção da saúde bucal, no entanto, enfrentam grandes dificuldades para realizá-las, pois lhes faltam estrutura, conhecimentos específicos na área e domínio de abordagens de ensino-aprendizagem adequadas sobre os assuntos relacionados à saúde bucal.

Palavras chave: Educação em saúde bucal. Agente Comunitário de Saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Introduction: The Community Health Agent's (CHA) main function is the exercise of disease prevention activities and promoting health through home, community, individual and collective actions. The inclusion of Oral Health (OH) in the Family Health Strategy (FHS) represented a step forward in the reorganization of oral health actions in primary care, bringing new horizons and greater safety at the CHA's work. **Objective:** This present study was done in an alternative format of theses and dissertations being composed by a chapter, to better understand the CHA's perception regarding educational practices in oral health, in Family Health Units (FHU) with and without Oral Health Teams (OHT). **Material and methods:** This is a descriptive cross-sectional study with qualitative approach, accomplished in Piracicaba, São Paulo, in the year of 2013, from visits scheduled at FHU. The sample consisted of 162 CHA, from 40 Family Health Units, where 81 CHA were located in 20 units without OHT (Group 1) and 81 CHA were from 17 units with OHT (Group 2). Data were collected by a single researcher, using a semi-structured interview with the following open guiding questions: 1) Are there situations with difficulty in making oral health education? 2) What suggestions would you give for your activities' improvement aiming health promotion? The responses were analyzed by qualitative technique of Collective Subject Speech. **Results:** CHA's most part was women, lived in the neighborhood and worked in the unit for more than 48 months. The identified elements in speeches pointed out that a significant portion of CHA found it difficult to make education in oral health. As regards the specific technical difficulties, 30,35% of respondents who work without OHT reported that element as a problem, while among CHA working with OHT, these difficulties have also been described, but in a less prevalent form (12,67%). The lack of material and the strength of the users was a reported idea for both groups. It also drew attention the yearning observed in most speeches of both groups for Continuing Education and Training courses. **Conclusion:** CHA recognize the importance of Education and Oral Health Promotion, however, they face great difficulties to carry them out because they lack structure, specific knowledge in the area and field of appropriate teaching and learning approaches related to oral health.

Key words: Oral health education. Community Health Agent. Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 ARTIGO: Percepções do Agente Comunitário de Saúde sobre educação e promoção da saúde em Unidades de Saúde da Família: uma análise quali-quantitativa	18
3 DISCUSSÃO	52
4 CONCLUSÃO	58
REFERÊNCIAS	59
ANEXOS	65
Anexo 1 - Declaração de submissão do artigo à Revista Ciência e Saúde Coletiva	65
Anexo 2 - Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa	66
Anexo 3 - Declaração do Serviço de Informação ao cidadão	67

1 INTRODUÇÃO

O Brasil institucionalizou o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros com a promulgação da Constituição Federal em 1988, quando criou o Sistema Único de Saúde (SUS). As discussões prévias, consolidadas na VIII Conferência de Saúde (1986) e materializadas na Constituinte, pela luta dos sanitaristas, gestores e políticos comprometidos com a reforma do sistema de saúde vigente na época, vieram a efetivar um sistema integrado e gratuito de saúde que cuida da prevenção, promoção, cura e reabilitação de todos os indivíduos, sem distinção, fortalecendo a cidadania quando afirmaram que a saúde passava a ser um direito de todos e dever do Estado (Brasil, 2007).

Segundo a Constituição Federal de 1988 (Lei 8080/90) o Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema público de caráter regional, hierarquizado, com direção única em cada esfera de governo e com a participação dos usuários, tendo como objetivo a reordenação dos serviços e ações de saúde (Brasil, 2002).

O SUS, ao longo de sua história, tem sofrido significativas mudanças, marcadas pela elaboração e implementação de ações consideradas estratégicas, dentre as quais o Programa Saúde da Família (PSF), lançado pelo Ministério da Saúde (MS) em março de 1994, como Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), cuja proposta foi reorganizar a prática da atenção à saúde. Com caráter organizativo, substituiu o modelo tradicional de assistência primária, caracterizado pelo atendimento de demanda espontânea, caráter hospitalocêntrico, curativo, de alto custo e baixa resolutividade (Brasil, 2007).

A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo CONASS e CONASEMS, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (Brasil, 2007;Brasil, 2011).

O PSF baseia-se em propostas de universalização, descentralização e promoção da saúde, enfatizando a prevenção dos agravos, à promoção da qualidade de vida e uma relação mais estreita com as comunidades, elaboradas e já efetivadas em outros países, como Cuba, e de experiências locais com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) também alçado à política do Ministério da Saúde como medida de enfrentamento dos graves problemas de saúde observados na população brasileira, sobretudo os altos índices de mortalidade materna e infantil na Região Nordeste do país (Brasil, 2001).

A partir de 1997, o PSF passou de sua limitada condição de programa para Estratégia Saúde da Família (ESF) visando a mudanças no modelo assistencial, por romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde e estender suas ações para a comunidade e junto a ela (Brasil, 2004).

A estratégia desse Programa compreende ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, e tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios do SUS (universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários). O atendimento é realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF) ou em domicílio, pelos profissionais que fazem parte da Equipe de Saúde da Família (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) (Brasil, 2006; Emmi e Barroso, 2008; Rodrigues e Bomfim, 2010).

Conforme a Portaria nº 2027, de 25 de agosto de 2011, que altera a Portaria nº 684, de 28 de março de 2006, a equipe multiprofissional da ESF deve ser formada por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS, com carga populacional máxima de 4.000 (quatro mil) habitantes por ESF e média recomendada de 3.000 (três mil) habitantes. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 (setecentos e cinquenta) habitantes por ACS e de 12 ACS por ESF (Brasil, 2011).

Com todas as mudanças que estavam ocorrendo na saúde pública do Brasil, em dezembro de 2000, ocorreu a inclusão da Equipe de Saúde Bucal

(ESB) na ESF, impulsionada pela Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a qual relatou que aproximadamente 30 milhões de brasileiros estavam totalmente excluídos da atenção à saúde bucal (IBGE, 1998).

Através da Portaria nº 267 de 06 de março de 2001 do Ministério da Saúde (Brasil, 2001), que regulamenta a Portaria nº 1.444/GM de 28 de dezembro de 2000, foi incluído as ESB em duas modalidades: I - composta por um Cirurgião-Dentista (CD) e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e II – composta por um CD, um ASB e um Técnico em Saúde Bucal (TSB), com carga horária de 40 horas semanais, devendo atender 6900 habitantes cada uma, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população adscrita, sendo desenvolvidas de modo interdisciplinar.

Alguns motivos têm sido apontados como estimuladores da incorporação das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF): os incentivos financeiros fornecidos pelo Ministério da Saúde (MS), a crença dos gestores de que esse novo modelo pode melhorar a saúde bucal da população; a possibilidade de reorganizar as ações em saúde bucal baseadas na promoção, prevenção e recuperação da saúde (Mattos et al., 2014).

Assim, o trabalho da ESB na ESF está voltado para a reorganização do modelo de atenção e para a ampliação de acesso às ações, com a proposta de garantir a atenção integral aos indivíduos e famílias mediante o estabelecimento de vínculos (Brasil, 2000).

Nesse contexto de promoção de saúde e reorganização do modelo de atenção, um profissional assumiu papel de destaque na ESF- o Agente Comunitário de Saúde. Esse profissional participa ativamente da organização da atenção à saúde da família na medida em que é responsável pelo cadastramento das famílias e realiza visitas mensais de acompanhamento das mesmas, dos indivíduos e/ou grupos prioritários. Também assume a função de divulgar informações sobre saúde bucal, devendo ser orientado pela ESB (Brasil, 2006b).

O Decreto nº 3.189/99 fixou diretrizes para o exercício de ACS e a Lei 10.507 de 10 de julho de 2002 criou a profissão de ACS, que exige para o exercício da profissão, o ensino fundamental completo e residir na área de sua

atuação. Sendo atualmente regido pela Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a qual regulamenta a contratação através de concurso público ou de forma terceirizada, sob o regime da CLT (Brasil, 2002; 2006).

Dentre todos os profissionais que atuam na equipe de saúde, o ACS é considerado o elo entre a comunidade e os serviços de saúde, difundindo os conhecimentos biomédicos e populares e tendo que convertê-los em seus discursos cotidianos de trabalho (Nunes et al., 2002).

Logo, ao percorrer as casas para cadastrar as famílias e identificar os seus problemas de saúde, os ACS contribuem para que os serviços possam oferecer uma assistência mais voltada para a família, de acordo com a realidade e os problemas de cada comunidade. Cabe a esse profissional, a tarefa de orientar e assistir as famílias adscritas no seu território de atuação (Frazão e Marques, 2006; Moura, 2010), e repassar orientações sobre a saúde da população para a Unidade de Saúde.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2000), através da Área Técnica de Saúde Bucal, no documento intitulado “A reorganização da saúde bucal na atenção básica”, vem preconizando uma proposta de integração de ACS com profissionais de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, segundo a qual ACS supervisionados pelo cirurgião-dentista e pela enfermeira teriam como atribuições específicas: desenvolver ações de promoção de saúde bucal e de prevenção das doenças neste âmbito mais prevalentes no seu território de atuação; identificar espaços coletivos e grupos sociais para o desenvolvimento das ações educativas e preventivas em saúde bucal; registrar no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) os procedimentos de suas competências realizados.

O acompanhamento regular da população, a visita domiciliar com supervisão de um componente da equipe de saúde bucal (quando necessário) e a realização de ações educativas/preventivas para a manutenção e melhoria da condição de saúde bucal são algumas das ações que compõem a rotina do ACS (Zanetti, 2000). Além das atribuições que são dadas aos ACS, percebe-se, também, que esse profissional tem um enorme valor no processo de construção social da saúde, uma vez que sua atuação oferece possibilidades de avanços

em direção à integralidade do cuidado (Koyashiki et al., 2008; Nunes-Bombarda et al., 2008).

A inclusão da Equipe de Saúde Bucal junto à ESF possibilitou ao ACS uma nova percepção sobre a compreensão da saúde bucal como um componente da saúde geral (Souza et al., 2001).

Desta forma, o ACS exerce um papel fundamental no processo de educação em saúde bucal em virtude do apoio técnico que pode ser oferecido pela equipe de saúde bucal (Bianco, 2010), já que a presença de cirurgiões dentistas nas Unidades de Saúde possibilita ao ACS maior segurança no trabalho a ser desenvolvido junto à comunidade (Frazão e Marques, 2006; Rosa, 2011; Gouvêa et al., 2015).

Apesar da existência de estudos que relatam o conhecimento dos ACS sobre saúde bucal devido à presença da equipe de saúde bucal na unidade (Martins et al., 2014), ainda há achados na literatura que comprovam a importância da capacitação específica no trabalho desses agentes. Segundo Frazão e Marques (2006) há mudanças significativas no conhecimento, autoconfiança, acesso e uso de serviços por parte dos ACS que foram submetidos à capacitação junto à ESB. Entretanto, apesar de atribuírem importância à saúde bucal como parte integrante da saúde geral do indivíduo e terem conhecimento do dever de colocar em prática esse assunto no cotidiano de seu trabalho, os mesmos sentem-se despreparados para realizar ações referente à saúde bucal (Vasconcelos et al., 2010).

Cardoso (2011) em seu trabalho conclui que o ACS deve estar inserido em um processo ativo de educação permanente com a integração da teoria e a prática, pois a capacitação e a educação permanente em saúde são ações determinantes para a garantia de uma atenção de qualidade no trabalho da atenção primária à saúde.

É preciso garantir aos ACS a Educação Permanente para que esses desenvolvam suas capacidades e tenham estímulo para o trabalho comunitário participativo, reflexivo e transformador (Duarte et al., 2007).

Segundo o Ministério da Saúde (2009) a Educação Permanente é o aprendizado no trabalho, ou seja, o aprender e o ensinar se incorporam ao

cotidiano das organizações e do trabalho; ela se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais, podendo então ser estendida como aprendizagem- trabalho, pois acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (Brasil, 2009).

Nesse contexto, estudos que avaliam o nível de conhecimento dos ACS sobre o processo saúde-doença bucal e identifiquem valores e significados com relação às atribuições dos ACS no processo de trabalho em saúde, podem contribuir significativamente no aprimoramento das ações executadas na atenção básica.

Portanto o objetivo do presente estudo foi conhecer a percepção do Agente Comunitário de Saúde em relação às práticas educativas em saúde bucal, em Unidades de Saúde da Família com e sem Equipes de Saúde Bucal, no município de Piracicaba - SP.

2 ARTIGO¹

Percepções do Agente Comunitário de Saúde sobre educação e promoção da saúde bucal em Unidades de Saúde da Família: uma análise quali-quantitativa

Community Health Agent perceptions on education and health promotion in Health Family Units: a quali-quantitative analysis

Ana Alexandra de Rezende¹, Giovana Gouvêa², Fabio Luiz Mialhe³, Pedro Augusto Thiene Leme², Antonio Carlos Pereira⁴, Luciane Miranda Guerra⁵, Karine Laura Cortellazzi⁶

¹ Mestranda do curso de Mestrado profissional em Odontologia em Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/UNICAMP

² Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Odontologia, Área de Saúde Coletiva, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/UNICAMP

³ Professor associado do Departamento de Odontologia Social, Área de Educação e Promoção da Saúde, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/UNICAMP

² Doutorando do Programa de Pós-graduação em Odontologia, Área de Saúde Coletiva, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/UNICAMP

⁴ Professor titular do Departamento de Odontologia Social, Área de Odontologia Preventiva e Saúde Pública, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/UNICAMP

⁵ Professora doutora do Departamento de Odontologia Social, Área de Psicologia Aplicada, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/UNICAMP

⁶ Professora doutora do Departamento de Odontologia Social, Área de Bioestatística, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/UNICAMP

¹ O manuscrito foi submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva - padronizado em conformidade com as normas padrão da revista. (Anexo 1).

RESUMO

O objetivo deste estudo foi conhecer a percepção do Agente Comunitário de Saúde (ACS) em relação às práticas educativas em saúde bucal, em Unidades de Saúde da Família (USF) com e sem Equipes de Saúde Bucal (ESB). Trata-se de um estudo do tipo transversal descritivo com abordagem qualiquantitativa, realizado no município de Piracicaba, São Paulo, no ano de 2013, a partir de visitas agendadas nas USF. A amostra foi composta por 162 ACS, provenientes de 40 USF, sendo que 81 ACS pertenciam a 20 unidades sem ESB (Grupo 1) e 81 ACS eram procedentes de 17 unidades que possuíam ESB (Grupo 2). Os dados foram coletados por um único pesquisador através de entrevista semiestruturada com as seguintes questões norteadoras: 1) Há situações que tem dificuldade em fazer educação em saúde bucal? 2) Quais sugestões você daria para o aprimoramento de suas atividades visando a promoção da saúde? As respostas foram analisadas através da técnica qualiquantitativa do Discurso do Sujeito Coletivo. A maioria dos ACS era do sexo feminino, residia no bairro e atuava na unidade há mais de 48 meses. Os elementos identificados nos discursos apontaram que uma parcela importante dos ACS teve dificuldade de fazer educação em saúde bucal. Quanto às dificuldades técnicas específicas, 30,35% dos que trabalham sem ESB relataram esse elemento como dificultador, enquanto que dentre os ACS que trabalham com ESB, tais dificuldades também foram descritas, porém de forma menos prevalente (12,67%). A falta de material e a resistência dos usuários foi uma ideia relatada por ambos os grupos. Chamou a atenção também o anseio, observado em ambos os grupos, por Educação Continuada e cursos de Capacitação. Os ACS reconhecem a importância da Educação e da Promoção da Saúde Bucal, entretanto enfrentam grandes dificuldades para realizá-las, pois faltam-lhes

estrutura, conhecimentos específicos e domínio de abordagens adequadas dos assuntos de saúde bucal.

Palavras-chave: Educação em saúde bucal, Agente Comunitário de Saúde, Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The aim of this study was to understand the perception of the Community Health Agent regarding the educational practices in oral health, in the Family Health Units (FHU) with and without Oral Health Teams (OHT). This is a descriptive cross-sectional study with a qualitative approach, accomplished in Piracicaba, São Paulo, in the year of 2013, from visits scheduled at FHU. The sample consisted of 162 CHA, from 40 FHU, where 81 CHA were located in 20 units without OHT (Group 1) and 81 CHA were from 17 units with OHT (Group 2). Data were collected by a single researcher, using a semi-structured interview with the following open guiding questions: 1) Are there situations with difficulty in making oral health education? 2) What suggestions would you give for your activities' improvement aiming health promotion? The responses were analyzed by a qualitative technique of Collective Subject Speech. CHA's most part was women, lived in the neighborhood and worked in the unit for more than 48 months. The identified elements in speeches pointed out that a significant portion of CHA found it difficult to make education in oral health. As regards the specific technical difficulties, 30,35% of respondents who work without OHT reported that element as a problem, while among CHA working with OHT, these difficulties have also been described, but in a less prevalent form (12,67%). The lack of material and the strength of the users was a reported idea for both groups. It also drew attention the yearning observed in most speeches of both groups for Continuing Education and Training courses. CHA recognize the importance of Education and Oral Health Promotion, however, they face great difficulties to carry them out because they lack structure, specific knowledge in the area and field of appropriate teaching and learning approaches related to oral health.

Key words: Oral health education, Community Health Agent, Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), enquanto caminho para a reorganização da Atenção Básica de Saúde (ABS), visa o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) (universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários) ¹. Prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua ^{2,3}.

Tais ações são consideradas pelo Ministério de Saúde (MS) como fundamentais para a mudança do modelo tradicional de atenção à saúde, baseado em práticas mutiladoras, para um modelo centrado em ações estruturadas/consolidadas de promoção à saúde e prevenção às doenças, com ações individuais e coletivas⁴.

Desta forma, a ESF busca a promoção da saúde através de um conjunto de ações individuais e coletivas, a fim de possibilitar o reordenamento dos demais níveis de atenção do sistema local de saúde, mediante construção de um modelo assistencial de atenção em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e dirigido aos indivíduos, à família e à comunidade⁵.

Nesse contexto, há de se mencionar o papel de destaque do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na Equipe de Saúde da Família. Ele é o elo entre famílias, comunidades e Unidade de Saúde^{6,7}, pois reside na comunidade em que atua e a representa no serviço de saúde⁸, possibilitando que as necessidades da população cheguem à equipe de profissionais da Unidade de Saúde bem como transmitam à população informações de saúde⁹, fortalecendo assim a relação entre o serviço e a comunidade.

Os ACS, com suas várias atribuições, são profissionais de enorme valor no processo de construção social da saúde, uma vez que sua atuação oferece possibilidades de avanços em direção à integralidade do cuidado^{10,11}. O trabalho do ACS na ESF realiza-se com o desenvolvimento de atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, a fim de garantir cuidados à população com um grau de resolutividade compatível com sua função, contribuindo para a extensão da cobertura¹².

No ano 2000, ocorreu a inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na ESF, impulsionada pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a qual relatou um quadro de profunda exclusão da atenção à saúde bucal¹³. Essa inclusão significou o aumento da cobertura da atenção e resolutividade dos problemas de saúde bucal dos brasileiros para um patamar jamais antes atingido, embora importantes barreiras persistam até hoje¹⁴.

Nesse momento de crise na saúde bucal e de mudanças na saúde pública, a inclusão das ESB junto à estratégia de saúde da família, significou um salto rumo a integralidade do cuidado, possibilitando o aumento da cobertura da atenção e resolutividade dos problemas de saúde bucal dos brasileiros. Dessa forma, novamente se pôde confirmar o papel fundamental no processo de educação em saúde bucal, em virtude da sua atuação prioritariamente no campo^{15,16}.

O Ministério da Saúde (MS) preconiza a integração dos ACS com profissionais de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. Estes, supervisionados pelo cirurgião-dentista e pela enfermeira, teriam como atribuições específicas: desenvolver ações de promoção de saúde bucal e de prevenção das doenças no seu território de atuação; identificar espaços coletivos e grupos sociais para o desenvolvimento das ações educativas e preventivas em saúde bucal e registrar no Sistema de Informações da

Atenção Básica (SIAB) os procedimentos de suas competências realizados¹⁷, bem como acompanhar a população com visita domiciliar sob a supervisão de um componente da equipe de saúde bucal, quando necessário¹⁸.

Com a implementação das ESB, os ACS passaram a ter novas atribuições, como a compreensão de que a Saúde Bucal é um componente da saúde geral dos indivíduos¹⁹. E a presença desta equipe na Unidade fez com que os ACS tivessem maior segurança no trabalho ao realizar orientações e transmitir informações e ensinamentos aos usuários²⁰⁻²².

No entanto, apesar de atribuírem importância à saúde bucal como parte integrante da saúde geral do indivíduo, os ACS sentem-se despreparados para realizar ações referentes a esse tema devido à falta de conhecimentos específicos na área⁶.

No intuito de aprimorar as ações executadas na Atenção Básica e identificar valores e significados que os ACS atribuem no seu processo de trabalho, especialmente relacionados com a educação e a promoção da saúde, o objetivo deste trabalho foi conhecer a percepção do ACS em relação às práticas educativas em saúde bucal, em Unidades de Saúde da Família com e sem ESB, no município de Piracicaba - SP.

MATERIAL E MÉTODOS

Aspectos éticos

Este estudo foi submetido e avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP, tendo sido aprovado sob protocolo nº 096/2013 (Anexo 2). Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi enviado aos participantes, em cumprimento à Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos. Somente após a

anuência por meio da assinatura do termo, o indivíduo foi considerado participante do estudo.

Tipo de estudo

Estudo transversal descritivo com abordagem qualiquantitativa.

Local do estudo

O presente estudo foi realizado no município de Piracicaba, distante 165 Km da capital São Paulo, com uma área territorial total de 1.370 Km² e população estimada em 2014 de 388.412 habitantes, concentrando-se 95% na área urbana²³.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba, no ano de 2013 existiam 122 estabelecimentos de saúde credenciados ao SUS, dentre os quais 46 Unidades de Saúde da Família. Destas, 20 unidades possuíam Equipe de Saúde Bucal e 26 não possuíam ESB durante o período de coleta dos dados²⁴.

População do estudo

Os sujeitos do estudo foram os ACS vinculados à Unidade de Saúde da Família com e sem Equipe de Saúde Bucal. A coleta de dados ocorreu no período de outubro a dezembro de 2013, a partir de visitas agendadas.

Segundo dados obtidos junto ao Sistema de Informação ao Cidadão de Piracicaba (Anexo 3), no período da pesquisa constava no município o número de 245 ACS concursados e ativos no Programa Saúde da Família. Para este estudo todos os ACS das 46 USF foram convidados a participar. Como alguns ACS, no período da coleta, estavam de férias, licença saúde, licença maternidade, ou não tiveram interesse em participar da pesquisa, a amostra foi composta por 162 ACS, representando 66% dessa população. Esses profissionais eram provenientes de 40 USF, sendo que 81 ACS

pertenciam a 20 unidades sem ESB (Grupo 1) e 81 ACS a 17 USF que possuíam ESB (Grupo 2)²⁴.

Os critérios de inclusão do ACS no estudo foram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e ter cargo efetivo no município.

Coleta de dados

Realizou-se contato com as Unidades de Saúde para apresentar o projeto e planejar o desenvolvimento do estudo.

Os dados foram coletados no período de outubro a dezembro de 2013, por um único pesquisador, por meio de uma entrevista semiestruturada com as seguintes questões norteadoras abertas aplicada aos ACS:

1) Há situações em que você (ACS) tem dificuldade em fazer educação em saúde bucal? Comente.

2) Quais sugestões você daria para o aprimoramento de suas atividades visando a promoção da saúde?

Para a aplicação do roteiro de entrevista foram utilizadas as seguintes estratégias:

a) A primeira tentativa de entrevista do pesquisador ocorreu nas reuniões de equipe semanais, realizadas como rotina nas USF.

b) Devido ao grande número de unidades participantes e também pelo fato de cada uma já ter uma pauta estruturada para a reunião, a opção, como segunda estratégia, foi o contato prévio e agendamento em dias e horários que não interferissem no processo de trabalho dos ACS.

Na maioria das vezes, as enfermeiras disponibilizaram a sala de reunião para a aplicação do instrumento individualmente sob a supervisão da pesquisadora.

Análise dos dados

Inicialmente, os dados foram transcritos do roteiro de entrevista para o programa do Excel. Em seguida, o tratamento dos dados provenientes das livre-respostas foi realizado através da técnica qualiquantitativa do Discurso do Sujeito Coletivo^{25,26}, método embasado pela Teoria das Representações Sociais²⁷ que pressupõe que o objeto de estudo (a opinião de um grupo) é uma variável simultaneamente qualitativa e quantitativa. Qualitativa porque, segundo Lefèvre^{25,26} o que as pessoas têm a dizer deve ser tratado como uma incógnita, além de considerar os aspectos de significação das argumentações; e quantitativo, pois as opiniões possuem diferentes graus de compartilhamento dentro do grupo estudado, o que é passível de mensuração.

A técnica de análise de respostas abertas que foi realizada produz, ao final do processo, três tipos de resultados: as **ideias centrais** (IC) que emergem do conteúdo, uma expressão linguística que o pesquisador designa para descrever de forma mais sintética e direta possível o sentido dos discursos (ou trechos, quando os discursos são compostos por mais de uma ideia), o que possibilita organizar (somar) ideias semelhantes em um mesmo discurso; estes, **os discursos do sujeito coletivo** (DSC), são escritos na primeira pessoa do singular, feitos a partir dos depoimentos individuais, lapidados pela edição textual do pesquisador, que consiste em eliminar repetições e conferir coerência através do emprego de termos conectivos, com vistas a produzir o efeito do coletivo expressando-se diretamente, sendo um para cada ideia central; **o grau de compartilhamento** (GC), que representa, numericamente, a proporção de pessoas que compartilham discurso semelhante. Tais resultados são obtidos através de uma série de operações sequenciais de edição de texto, auxiliadas pelo software Qualiquantisoft.

RESULTADOS

Observou-se na Tabela 1 que os dois grupos de ACS foram constituídos majoritariamente por mulheres, predominando a faixa etária entre 30 a 39 anos.

O nível de escolaridade foi semelhante nos 2 grupos, ou seja, 64,2% concluíram o ensino médio em ambos os grupos, 27,16% dos indivíduos do grupo 1 e 25,93% dos indivíduos do grupo 2 já concluíram ou estão cursando o ensino superior.

Com relação ao tempo em que o ACS reside no bairro, observou-se que a maior porcentagem dos indivíduos residia no bairro há mais de 48 meses. Quando questionados sobre a renda familiar, no grupo 1, 40,74% tinham renda familiar entre um e três salários mínimos e no grupo 2, 38,27%. Entre os ACS que declararam ter renda familiar maior que cinco salários mínimos, 24,69% são do Grupo 1 e 11,11% do Grupo 2.

Ao se analisar o tempo de função do ACS na USF, verificou-se que daqueles que atuavam na unidade há mais de 48 meses, 58,03% trabalhavam em unidades sem ESB e 44,44% em unidades com ESB.

Tabela 1. Frequência de indivíduos por grupo e distribuição segundo variáveis sociodemográficas. Piracicaba, 2013.

ACS: Agente Comunitário de Saúde, USF: Unidade de Saúde da Família.

As Tabelas 2, 3, 4 e 5 apresentam os dados quantitativos a partir das ideias centrais e suas respectivas frequências de manifestações, obtidas das respostas dos ACS às duas perguntas abertas, provenientes de unidades sem ESB (Grupo 1) e com ESB (Grupo 2). Em seguida, estão dispostos os respectivos DSC.

Pergunta 1 - Há situações em que você (ACS) tem dificuldade em fazer educação em saúde bucal? Comente.

	ACS em USF sem Equipe de Saúde Bucal (Grupo 1)		ACS em USF com Equipe de Saúde Bucal (Grupo 2)	
	N	%	N	%
Total	81		81	
Gênero				
Masculino	5	6,17	2	2,47
Feminino	76	93,83	79	97,53
Idade				
Menos de 20	-	-	-	-
20-29 anos	19	23,46	20	24,69
30-39 anos	23	30,86	37	45,68
40-49 anos	22	27,16	16	19,75
50 anos ou mais	15	18,52	8	9,88
Escolaridade				
Fundamental Incompleto	-	-	-	-
Fundamental Completo	2	2,47	-	-
Médio Incompleto	5	6,17	8	9,87
Médio Completo	52	64,20	52	64,20
Superior Incompleto	15	18,52	17	20,99
Superior Completo	7	8,64	4	4,94
Tempo que reside no bairro				
Menos de 12 meses	-	-	-	-
De 12 a 24 meses	-	-	3	3,70
De 25 a 36 meses	4	4,94	1	1,23
De 37 a 48 meses	5	6,17	4	4,94
Acima de 48 meses	72	88,89	73	90,13
Renda familiar				
Menos de 1 SM	-	-	-	-
De 1 a menos de 2 SM	14	17,28	12	14,81
De 2 a menos de 3 SM	19	23,46	19	23,46
De 3 a menos de 4 SM	13	16,05	21	25,93
De 4 a menos de 5 SM	15	18,52	20	24,69
Mais de 5 SM	20	24,69	9	11,11
Tempo de função na USF				
Menos de 12 meses	1	1,23	1	1,23
De 12 a 24 meses	8	9,88	10	12,35
De 25 a 36 meses	13	16,05	21	25,93
De 37 a 48 meses	12	14,81	13	16,05
Acima de 48 meses	47	58,03	36	44,44

Grupo 1 - ACS em USF sem Equipe de Saúde Bucal (n=56)***

Tabela 2.Síntese das ideias centrais e resultados quantitativos do grupo1.Piracicaba,2013

*Soma extrapola o número de respondentes (56) e a porcentagem total, pois houve

Ideias centrais encontradas	Número de portadores de cada ideia*	Grau de compartilhamento relativo*
A - Não**	14	25%
B- Sim**	6	10,71%
C- Sim pois tenho dificuldade com assuntos odontológicos específicos	17	30,35%
D- Sim devido à resistências dos pacientes	14	25%
E- Nunca fiz educação em SB	2	3,57%
F- Quando tenho dou um jeito de resolver	3	5,35%
G- Sim em pacientes que apresentam condições específicas	2	3,57%
H- Sim por falta de material educativo	1	1,78%

respondentes que apresentaram mais de uma ideia em seus discursos.

**Respostas “Sim” e “Não” simples, ou seja, quando respondentes não comentaram mais nada.

*** N=56 significa o número total de respondentes para essa questão.

Quadro 1. Discursos do Sujeito Coletivo do grupo 1 para a primeira questão: *Há situações em que você (ACS) tem dificuldade em fazer educação em saúde bucal? Comente.*

Ideia C - Sim pois tenho dificuldade com assuntos odontológicos específicos:

Sim, por não ter muito conhecimento aperfeiçoado na área, por não saber. Não tive nenhuma capacitação, educação continuada ou treinamento específico de saúde bucal, então quando o paciente pergunta sobre ferida na boca, dente quebrado, mau hálito, cuidados bucais, placas, fico sem saber como orientar, não consigo passar orientações corretas.

<p>Ideia D - Sim devido à resistência dos pacientes:</p> <p>Sim, quando alguns pacientes mostram-se desinteressados em relação ao nosso trabalho, não dando abertura para os assuntos e para os ACS. Tem paciente que não aceita que fale, não gosta de tocar no assunto, tem pessoas muito sérias e nunca sei como será a recepção das informações, as pessoas se tornam resistentes a elas. Além disso, hoje em dia a maioria das pessoas não tem o hábito da prevenção, não faz uso de escova dental e muito menos o uso de fio ou fita dental, assim fica difícil de orientar. Em nossa Unidade existem muitas famílias semianalfabetas e de difícil entendimento e aceitação das orientações passadas pelos ACS, pais que não têm o hábito de ir ao dentista e por isso não levam seus filhos também, homens adultos de meia ou terceira idade que dizem que não tem mais jeito... As vezes “está na cara” a necessidade mas não há queixa.</p>
<p>Ideia E- Nunca fiz educação em saúde bucal</p> <p>Não, pois não trabalho com crianças da minha área, não precisei fazer educação em SB até agora.</p>
<p>Ideia F- Quando tenho dificuldade dou um jeito de resolver</p> <p>Sim, mas quando há dificuldade, quando sinto que não posso responder, oriento a procurar o dentista de referência da nossa área, além do que hoje também temos muito acesso a internet.</p>
<p>Ideia G- Sim com pacientes que apresentam condições específicas</p> <p>Sim, quando encontramos mães com os dentes todos estragados devido ao cigarro, e os pequenos sequer sabem como utilizar uma escova de dentes, e também com o adulto que já ouviu várias formas de higiene bucal...</p>
<p>Ideia H- Sim por falta de material.</p> <p>Sim por falta de folhetos explicativos, falta de material.</p>

Grupo 2 - ACS em USF com Equipe de Saúde Bucal (n=71)***

Tabela 3.Síntese das ideias centrais e resultados quantitativos do grupo 2.

Piracicaba,2013.

Ideias centrais encontradas	Número de portadores de cada ideia*	Grau de compartilhamento relativo*
A - Não**	20	28,17%
B- Sim**	5	7,04%
C- Sim pois tenho dificuldade com assuntos odontológicos específicos	9	12,67%
D- Sim devido à resistências dos pacientes	20	28,17%
E- Nunca fiz educação em SB	5	7,04%
F- Quando tenho dou um jeito de resolver	4	5,63%
G- Sim em pacientes que apresentam condições específicas	8	11,26%
H- Sim pois sou atarefada	1	1,4%

*Soma extrapola o número de respondentes (71) e a porcentagem total, pois houve respondentes que apresentaram mais de uma ideia em seus discursos.

**Respostas “Sim” e “Não” simples quando respondentes não comentaram mais nada.

*** N=71 significa o número total de respondentes para essa questão.

Quadro 2. Discursos do Sujeito Coletivo do grupo 2 para a primeira questão: *Há situações em que você (ACS) tem dificuldade em fazer educação em saúde bucal? Comente.*

<p>Ideia C - Sim pois tenho dificuldade com assuntos odontológicos específicos: Sim, mesmo tendo algum conhecimento específico ainda há muitas dúvidas, perguntas quanto à doença bucal que não sei responder por não ter um curso, treinamento, capacitação ou palestra sobre SB, com isso acabo deixando de informar os pacientes sobre determinados assuntos.</p>
<p>Ideia D - Sim devido à resistência dos pacientes: Sim, é difícil lidar com a população porque ela não tem o hábito de fazer a higiene direito; as famílias humildes não tem o costume de escovar os dentes, não se preocupam com isso pois acham que não tem necessidade, não entendem que a educação bucal é muito importante, que faz parte da saúde do corpo, não acatam o que falamos. Há pacientes que mesmo precisando de ajuda, não gostam de ser atendidos pelo ACS, orientamos o responsável pela criança a levá-la ao posto de saúde e o responsável não coopera, pais e mães que não vão ao dentista e não escovam os dentes, não vão escovar os dentes dos filhos que acabam indo para o mesmo caminho. A cultura atrapalha, a população tem dificuldade de receber a orientação, quando a pessoa tem dentes muito podres ou falta deles, ou dentes cheios de placa é difícil você tocar nesse assunto, percebe-se que ela tem vergonha.</p>
<p>Ideia E- Nunca fiz educação em saúde bucal Não faço, nunca tive a experiência de realizar educação em saúde bucal, não abordo educação em saúde bucal, pois oriento os pacientes a procurarem a USF e agendar um horário com o dentista para uma avaliação e possível tratamento. Só oriento a marcação.</p>
<p>Ideia F- Quando tenho dificuldade dou um jeito de resolver Busco orientação com nossa dentista da USF e retorno para dar a orientação que o paciente necessita, ou oriento a procurar a USF para passar com o dentista.</p>
<p>Ideia G- Sim com pacientes que apresentam condições específicas Sim, nos casos específicos de famílias carentes que têm dificuldade de assimilar nossas orientações, quando o paciente é usuário de drogas geralmente nega qualquer tipo de atendimento, pessoas que têm medo, pacientes que habitam nas áreas de influência mas que não são visitados pelas ACSs, pessoas de mais idade ou usuária de prótese e gestantes.</p>
<p>Ideia H- Sim pois sou atarefada Sim, pois são tantas coisas para se fazer que raramente se entra nesse assunto, mais quando estou com o estagiário.</p>

Pergunta 2 - Quais sugestões você (ACS) daria para o aprimoramento de suas atividades, visando à promoção de saúde?

Grupo 1 - ACS em USF sem ESB (n=68)**

Tabela 4. Síntese das ideias centrais e resultados quantitativos do grupo 1. Piracicaba,2013.

Ideias centrais encontradas	Número de portadores de cada ideia*	Grau de compartilhamento relativo*
A - Ter dentista	16	23,53%
B- Ter capacitação	42	61,76%
C- Dentista fazer palestras para grupos	6	8,82%
D- Ter mais horários para agendamento	5	7,35%
E- Ter mais material	4	5,88%
F- Realizar orientações de higiene	4	5,88%
G- Atuar mais nas escolas	2	2,94%

*Soma extrapola o número de respondentes (68) e a porcentagem total, pois houve respondentes que apresentaram mais de uma ideia em seus discursos.

** N=68 significa o número total de respondentes para essa questão.

Quadro 3. Discursos do Sujeito Coletivo do grupo 1 para a questão: *Quais sugestões você daria para o aprimoramento de suas atividades visando a promoção da saúde?*

<p>Ideia A - Ter dentista</p> <p>Ter um profissional da saúde bucal, todos os PSFs deveriam ter dentista que sejam próximos da população e com mais facilidade para se consultar.</p>
<p>Ideia B - Ter capacitação</p> <p>Ter capacitação e treinamentos para os ACSs com especialistas seria ótimo. Palestras, reuniões, treinamentos na prática, cursos relativos à saúde bucal para aprimorar e atualizar os conhecimentos para poder melhor orientar e passar informações à população, em parcerias com faculdades de odontologia, enfim, educação continuada a esse respeito.</p>
<p>Ideia C- Dentista fazer palestras para grupos</p> <p>Desenvolver grupos e palestras com especialistas para aqueles que são mais complicados e que não aceitam muito bem qualquer orientação. Que seja pra todas as faixas etárias, visando não somente crianças, mas adolescentes e também adultos, esclarecendo dúvidas sobre higiene e cuidados diversos com saúde bucal, sobre como prevenir a cárie e gengivite, enfim, conscientizar a população de como é importante cuidar de sua boca.</p>
<p>Ideia D- Ter mais horários para agendamento</p> <p>Proporcionar maior facilidade de acesso aos serviços prestados abrindo mais vagas para o dentista, ter onde mandar o povo para tratamento e suporte para encaminhar o paciente se necessário. Nas VDs oriento os pacientes a irem ao posto para agendar consulta, mas se houver alguma emergência entro em contato com o Dentista da Unidade de referência.</p>
<p>Ideia E- Ter mais material</p> <p>Os profissionais virem até nós e fornecerem materiais de higiene bucal e materiais didáticos de leitura simples para distribuição nos locais onde a população é atendida, para assim sermos multiplicadores em palestras.</p>
<p>Ideia F- Realizar orientações de higiene</p> <p>Verificar sempre se a população está escovando os dentes, orientar como fazer uma boa higienização da língua e das bochechas, cuidados com a gengiva orientando como utilizar o fio dental.</p>
<p>Ideia G- Atuar mais nas escolas</p> <p>Realizar mais trabalhos de educação nas escolas e creches, pois através das crianças conseguimos atingir os adultos, inclusive trazendo-os para auxiliar gerando aprendizado para a família inteira.</p>

Tabela 5. Síntese das ideias centrais e resultados quantitativos do grupo 2. Piracicaba, 2013.

Ideias centrais encontradas	Número de portadores de cada ideia*	Grau de compartilhamento relativo*
A - Nenhuma, já fazemos o suficiente.	3	4,61%
B- Ter capacitação	43	66,15%
C- Dentista fazer palestras para grupos	6	9,23%
D- Realizar ações nas escolas	4	6,15%
E- Realizar campanhas	6	9,23%
F- Liberar mais tempo pras auxiliares trabalharem com isso	4	6,15%
G- Saúde bucal se envolver mais nas VDs	1	1,53%
H- Ter materiais educativos	1	1,53%

*Soma extrapola o número de respondentes (71) e a porcentagem total, pois houve respondentes que apresentaram mais de uma ideia em seus discursos.

**N=65 significa o número total de respondentes para essa questão.

Quadro 4. Discursos do Sujeito Coletivo do grupo 2 para a questão: *Quais sugestões você*

daria para o aprimoramento de suas atividades visando a promoção da saúde?

<p>Ideia A - Nenhuma, já fazemos o suficiente.</p> <p>O trabalho que nós ACSs realizamos já é o suficiente, o necessário, que é orientar para vir agendar consulta odontológica.</p>
<p>Ideia B - Ter capacitação</p> <p>Sugiro mais capacitações, treinamentos bem elaborados e específicos, cursos, algumas palestras com os dentistas pois seria ótimo ampliar nossos conhecimentos, aprender como analisar e o modo de abordar o assunto, já que o pouco de informação que temos é devido a nossa própria vivência. É difícil falar de algo que temos dúvida, deveríamos conhecer mais as doenças, anomalias e prevenção, como cuidar dos dentes, instrumentos de higiene bucal como o limpador de língua, acessórios para higienização do aparelho ortodôntico, temas voltados para crianças, adolescentes para poder orientar melhor, responder a população, inclusive nas VDs. Quanto mais informações com profissionais recebemos, mais podemos ajudar a comunidade.</p>
<p>Ideia C- Dentista fazer palestras para grupos</p> <p>Sugiro fazer grupos sobre saúde bucal, prevenção e conscientização da importância da higiene bucal para puericultura, grupos de 2 a 6 anos, adolescentes, idosos (prótese), ou mesmo introduzir o assunto em grupos já existentes.</p>
<p>Ideia D-Realizar ações nas escolas</p> <p>Sugiro visitas escolares e em creche, busca ativa, realizando escovação, teatro e fantoches, além de formação de grupos.</p>
<p>Ideia E- Realizar campanhas</p> <p>Sugiro realizar campanhas, divulgação mais intensa para promoção da Saúde Bucal, mutirões em praças, em concentrações populares como igrejas, reuniões, sairmos para pegar a população adulta que trabalha, existem adultos que não sabem fazer uma boa escovação. Seria importante instruir as crianças, com teatrinhos e também O Zé Dentinho no carro de som, e a comunidade carente que desconhece sobre o SUS, sobre suas necessidades e direitos.</p>
<p>Ideia F- Liberar mais tempo pras auxiliares trabalharem com isso</p> <p>Deveria haver mais tempo para os ACS desenvolverem promoção em SB na USF e nas VDs, além de ter mais visita de estagiários para ajudar nessas atividades porque apenas os agentes não dão conta de tudo isso.</p>
<p>Ideia G- Saúde bucal se envolver mais nas VDs</p> <p>Sugiro maior participação da saúde bucal nas VDs.</p>
<p>Ideia H- Ter mais materiais informativos</p> <p>Sugiro que tenha mais materiais informativos como panfletos.</p>

DISCUSSÃO

O conhecimento detalhado das percepções dos ACS acerca das dificuldades encontradas para fazerem Educação e Promoção da Saúde é importante para a busca do enfrentamento das mesmas. Nesse sentido, o presente estudo buscou conhecer de forma aprofundada tais percepções, bem como as sugestões para o aprimoramento das práticas de promoção da saúde. Constitui-se, portanto, numa ferramenta legítima de conhecimento e proposta de melhoria da realidade.

Segundo Lefèvre e Lefèvre²⁶ a sociedade é constituída por um plano simbólico configurado por um sistema ideológico, ou Representações Sociais (RS) compartilhadas, que são reelaboraões feitas pelas pessoas sobre conhecimentos e informações que, originalmente, são geradas e difundidas em certos lugares como meios de comunicação, escolas, centros de pesquisa, centros religiosos, núcleo familiar, etc. Assim, as pessoas "portam" ideias, ou RS, que são coletivas, ou seja, aderem a discursos que estão disponíveis nesse plano simbólico. Ainda segundo os mesmos autores, as RS vigentes são influenciadas pelo contexto histórico, infra estrutural, e também pelos atributos dos sujeitos portadores, os ACS no estudo em questão. A caracterização dos atributos dos sujeitos quanto ao sexo, faixa etária, escolaridade, tempo de experiência e renda, portanto, mais do que uma formalidade descritiva, busca contextualizar o leitor sobre o enquadre social de tais pessoas, o que influencia nas Representações Sociais que portam, e serão descritos, textualmente, a seguir.

A maior proporção de ACS do sexo feminino (95,7% da amostra total) e a faixa etária predominante encontrada (30-39 anos) é achado comum de diversos autores^{2,6,15,28-33}. Este fato sugere uma relação entre o trabalho da ACS e sua vinculação com o “cuidar do outro”, além da proximidade com a residência permitindo controle e

acompanhamento do cotidiano dos filhos. Provavelmente esses fatos justifiquem a expressiva predominância de mulheres no trabalho de ACS em todo o país³⁴.

Para o exercício da profissão é exigido ensino fundamental completo e residência na área de sua atuação. Com relação à escolaridade dos participantes desse estudo, a maioria possui nível de estudo superior ao exigido pela lei, o que corrobora com os resultados encontrados por Pires et al.³⁵, onde a maioria apresentou o 3º colegial completo. Colocamos sob reflexão este fato, problematizando se o ingresso de ACS com uma escolaridade além da exigida poderia significar uma falta de oportunidades melhores no mercado de trabalho, ou se prefeririam o benefício da estabilidade de um emprego público, e se isso influenciaria no sentido dos auxiliares não se identificarem com o tipo de prática ou com a população mais vulnerável, ou seja, de piores condições socioeconômicas e educativas, de forma a influenciar sua prática.

A maioria dos ACS entrevistados reside no bairro e atua na função há mais de 48 meses, o que provavelmente facilita a recepção dos ACS por parte da população, sendo um fator importante considerando que mensalmente esses profissionais terão que adentrar à casa das pessoas. Isso pode influenciar positivamente na articulação do serviço com a comunidade e no enfrentamento da complexidade do trabalho em saúde, bem como entender o conjunto de crenças e conceitos predominantes nessa comunidade onde estão inseridos.

Considerando-se que as pessoas se relacionam no território, o ACS é, antes de tudo, um vizinho, visto que frequenta os mesmos espaços sociais. Há também que se considerar outros aspectos importantes, como a empatia para a integração desse trabalhador com os usuários e o exercício de sua função de forma eficiente^{1,15,36}. No entanto, a partir da percepção dos pesquisadores na vivência dos ambientes estudados é

oportuno comentar que, da mesma forma que o ACS pertencer à comunidade favorece alguns aspectos no processo de trabalho, aparentemente as relações de poder inerentes da comunidade (e os ACS pertencem a essa mesma comunidade) são refletidas na relação deste profissional com os usuários, influenciando nas formas de afeto, empenho e compreensão, por exemplo, frente às demandas trazidas pela população. Assim, hipotetiza-se que talvez possa ser gerado um tipo de equidade inversa. Um olhar crítico das entrelinhas, das sutilezas, nos momentos de vivência, durante a comunicação entre os ACS, entre eles e a ESF e a população, permite tal observação.

As análises dos discursos apontam que uma parcela importante dos ACS entrevistados relatam ter dificuldade de fazer educação em saúde bucal e esta parcela foi semelhante nos dois grupos pesquisados. Isso indica que existe uma tensão entre a demanda gerada pelas diretrizes de executar educação em saúde bucal e as dificuldades encontradas. Foram atribuídos argumentos diversos às dificuldades encontradas, os quais serão discutidos a seguir.

No que diz respeito às dificuldades técnicas específicas, ou seja, sobre assuntos próprios da odontologia, identificáveis nos DSC "C" referente à pergunta 1 (Há situações em que você (ACS) tem dificuldade em fazer educação em SB?), os discursos trouxeram indicativos de insegurança, desconhecimento, falta de capacitação e treinamento, porém dentre os ACS que trabalham com ESB, tais dificuldades foram descritas de forma menos prevalente. Isso sugere que o aporte teórico trazido pela presença da ESB, instrumentaliza o ACS para que, ao menos, demonstre maior confiança nesta tarefa. Esse resultado aproxima-se dos achados de Gouvêa et al.²² que pesquisaram o conhecimento de ACS que atuam com ESB e de ACS que trabalham sem ESB, e concluíram que os conhecimentos sobre processo saúde/doença bucal dos ACS

vinculados à USF com ESB são mais esclarecidos quando comparados aos ACS vinculados à USF sem ESB.

Com relação ao DSC "D" referente à pergunta 1, o relato de resistência dos usuários também foi encontrado no estudo de Barba³³. Tal percepção por parte dos ACS pode ser criticamente interpretada a partir da hipótese de que, embora sejam membros da própria comunidade (e isso em tese deveria conferir maior horizontalidade nas relações), o caráter de autoridade, outorgado por serem funcionários da saúde, os coloca em posição diferente da população, ou seja, não se fala e não se ouve mais do mesmo lugar. Assim, como coloca Lefèvre et al³⁷ na interação ACS-população, tais dificuldades podem sugerir um confronto e uma dualidade entre a "lógica sanitária" e a "lógica da população", denunciada pelo referido autor. Tal problema, ainda segundo Lefèvre et al³⁷, é de caráter estrutural da comunicação em saúde, propondo para sua superação a possibilidade de se buscarem aprimoramentos tecnológicos relacionais, sugerindo pautar-se nos construtos teóricos da pedagogia de Paulo Freire^{38,39}.

Mais alinhado ao pensamento hegemônico, os estudos de Barbosa et al.⁸ e de Frazão e Marques²⁰, demonstram que as ações em Educação em SB devem ser realizadas de forma simples, com baixos custos, devendo alcançar as Unidades de Saúde, os domicílios e espaços coletivos, para assim despertarem nas pessoas a consciência preventiva. Isso, segundo os autores é o que estimula e promove a transformação de hábitos, a prevenção das doenças e a promoção de saúde.

Nos DSC "E" da pergunta 1 de ambos os grupos, foi constatado que parte dos entrevistados relata não fazer Educação em saúde bucal. Tal afirmação por parte dos sujeitos em estudo pode estar relacionada a um tipo de representação social hegemônica, que extrapola o agrupamento sob análise (ACS), e que se relaciona com outros elementos

dos diversos discursos do presente estudo, que é a que afirma a autonomia da boca e da prática odontológica⁴⁰. Dessa forma, ao comentar que "não faz educação (especificamente) em saúde bucal", está implícito que esta trata-se de uma subcategoria que se difere da educação em saúde "geral", o que não condiz com os anseios da Saúde Bucal Coletiva relativos à integralidade⁴¹. Assim, sugere-se que seja estimulado o debate junto aos ACS, seja na presença ou na ausência das ESB, no intuito de desmistificar essa falsa desvinculação entre boca e corpo.

Nos DSC "F", em que se pontua o que fazer quando aparecem as dificuldades, nos dois grupos foi colocado que os ACS orientam os moradores a procurarem a dentista da unidade de saúde de sua referência.

Os DSC "G", que dizem respeito às dificuldades devido às condições específicas, retratam a diferença de concepção entre os dois grupos sobre esse elemento, sendo que o grupo que atua sem ESB restringe tais condições a “pacientes com dentes estragados”, enquanto que o grupo que atua com ESB entende como condições específicas aquelas relacionadas aos determinantes sociais do processo saúde e doença a aspectos comportamentais, de acesso aos serviços, relacionados às diferentes fases da vida, etc. Isso aponta para uma possível ampliação de visão por parte dos ACS que atuam com ESB, os quais parecem visualizar outros aspectos relacionados à saúde bucal para além daqueles específicos da boca.

Com relação ao DSC "H" que aponta a falta de material como um dificultador, advoga-se que a gestão das ESF deveria se programar para garantir o acesso aos recursos materiais e financeiros mínimos, uma vez que a educação em saúde é uma atribuição dos ACS prevista na Política Nacional de Atenção Básica⁴². No entanto, concordamos com a colocação de Lefèvre et al³⁷ sobre o caráter estrutural e imaterial dos problemas de

comunicação em saúde (e aí se incluem as ações educativas), e colocamos que, embora os recursos materiais possam ser importantes facilitadores desse processo, não se constituem no cerne da problemática.

Por fim, com relação ao DSC "I" da primeira pergunta, somente um ACS do grupo 2 respondeu à pergunta dizendo que tem tantas coisas para fazer que raramente entra no assunto sobre saúde bucal.

A segunda pergunta do questionário buscou a percepção dos ACS acerca das sugestões para o aprimoramento de suas atividades visando a promoção da saúde bucal. O grupo que atua em Unidade sem ESB sugere que “todos os PSF deveriam ter dentista que seja próximo da população” (DSC A). Preocupação semelhante pôde ser constatada no estudo de Mialhe et al²⁸. Considerando a Teoria das Representações Sociais²⁷, essa constatação pode estar revelando uma ideia compartilhada de que o acesso ao tratamento dentário é um privilégio de poucos, "elitizado" (como exaustivamente relatado pela literatura da saúde coletiva), o que condiz com o perfil socioeconômico e faixa etária dos ACS que portam tais discursos, cujo acesso aos serviços de odontologia, de fato, só se viabilizou tardia e parcialmente, através do SUS ou da popularização de serviços privados ou de convênios odontológicos.

Os DSC B traduzem a manifestação de anseio por Educação Continuada e cursos de Capacitação. A necessidade de capacitação em saúde bucal para os ACS foi verificada no trabalho de Almeida⁷ onde após a realização de oficinas de capacitação houve uma maior eficiência no processo de trabalho desses profissionais e um impacto positivo nas atividades das ESB no município. No estudo de Bianco¹⁵ também ficou evidente a necessidade de adequar os conhecimentos em SB aos ACS para que possam exercer influência positiva sobre o comportamento dos usuários por eles assistidos.

Bornstein et al.⁴³ observaram, ainda, que os processos educativos participativos permitem uma melhor compreensão dos problemas locais o que proporciona uma visão de saúde mais contextualizada, efetivando a ação dos ACS.

Contudo, há que se ressaltar que em processos complexos como esse, mais importante do que conhecimento técnico específico é a reflexão sobre a prática, estabelecendo relação entre os problemas que são apresentados, a realidade vivida e os conhecimentos adquiridos. Assim, para além da mera aquisição de conhecimentos, fica clara a importância da resignificação da prática. Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde (EPS) revela-se com uma estratégia de escolha mais adequada do que a Educação continuada ou os cursos de capacitação. Através da EPS, busca-se fomentar a crítica, a reflexão e o aprendizado do trabalho em equipe, levando-se em conta a realidade social, a fim de se prestar um trabalho mais humano e de qualidade. O objetivo da EPS, portanto, vai além da formação técnica: ela busca formar seres mais criativos no pensar, no sentir, no querer e no atuar⁴².

Nos DSC C, também é relevante a sugestão sobre a composição de grupos para os quais o dentista faça palestras. Nos discursos dos ACS observa-se a preocupação de se inserir, nessa estratégia, pessoas de várias faixas etárias, bem como que sejam abordados diversos temas. Além disso, sugerem enfatizar a importância da saúde bucal e focalizarem indivíduos mais resistentes ao conhecimento. Isso aponta para a preocupação dos ACS com a integralidade do cuidado, uma vez que parecem compreender que as ações clínicas não são suficientes para dar conta da saúde das pessoas. É necessário abordar, o mais eficientemente possível, as questões voltadas à promoção da saúde e à prevenção das doenças. E, isso feito no âmbito coletivo, tem a potencialidade de atingir o maior

número de pessoas possível, além de ter a vantagem da abordagem em grupo, que permite a troca de experiências, tão valiosa nos contextos de ensino-aprendizagem.

A sugestão de maior atuação dos ACS em espaços externos à Unidade, no caso nas visitas domiciliares (sugerida pelo grupo com ESB) e nas escolas (sugerida pelo grupo sem ESB), embora tenha surgido com menor proporção, deve ser considerada e vista como coerente com suas atribuições, uma vez que são espaços de vivência das pessoas e, portanto, cenários importantes para a aprendizagem significativa.

No grupo que atua com ESB, ficou clara a visão hegemônica dos ACS que não fazem educação em saúde bucal, ao relatarem que encaminham os indivíduos para o Dentista, a fim de que esse o faça, mais uma vez transparecendo a desvinculação da prática odontológica frente às demais práticas de saúde, no caso através da resistência à multiprofissionalidade no referido campo, fato que extensivamente discutido por Botazzo⁴⁰.

O presente estudo, por ser de caráter transversal e qualitativo, não permite nem vislumbra a verificação de relações causais ou de generalizações matemáticas dos resultados, pois quer entender como o objeto de estudo acontece ou se manifesta. Contudo, como todo estudo qualitativo cabe aos leitores dessa pesquisa refletirem sobre a plausibilidade e utilidade da aplicação dos conceitos usados para entender casos novos⁴⁴.

A despeito de terem possibilitado uma importante leitura da realidade, a estrutura das perguntas aplicadas no questionário constituiu-se em uma limitação do presente estudo: com relação à primeira, o uso do termo "dificuldade" pode ter apresentado um caráter indutor sobre as respostas para além do desejado. Com relação à segunda pergunta, consideramos que o uso do termo "promoção de saúde" talvez possa

ter gerado algum tipo de não-entendimento por parte dos ACS, em decorrência de ser um termo que pode trazer múltiplas interpretações, mesmo na literatura especializada, embora tenha sido possível coletar um material amplo.

CONCLUSÃO

Os ACS reconhecem a importância da Educação e da Promoção da Saúde Bucal, no entanto, enfrentam grandes dificuldades para realizá-las, pois faltam-lhes estrutura, conhecimentos específicos na área e domínio de abordagens de ensino-aprendizagem adequadas dos assuntos relacionados à saúde bucal.

REFERÊNCIAS:

- 1- Brasil. Portaria nº648, de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2006; 29 mar.
- 2- Emmi DT, Barroso RFF. Avaliação das ações de saúde bucal no programa de saúde da família no distrito de Mosqueiro, Pará. *Cien Saude Colet* 2008; 13(1): 35-41.
- 3- Rodrigues AAAO, Bonfim LS. Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família em Município do Semiárido Baiano (Feira de Santana): Organização e Micropolítica. *Rev. APS (Juiz de Fora)* 2010; 13(1): 96-108.
- 4- Pimentel FC, Albuquerque PC, Souza WV, Martelli PJL, Acioli RML. A atenção em saúde bucal no estado de Pernambuco: analisando a estrutura e as ações

- preventivas e curativas, segundo porte populacional. *Rev. Baiana de Saúde Pública* 2014; 38(2): 297-317.
- 5- Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa*. Brasília (DF); 1994.
- 6- Vasconcelos M, Cardoso AVL, Guimarães MHNA. Os desafios dos agentes comunitários de saúde em relação à saúde bucal em município de pequeno porte. *Arquivos em Odontologia* 2010; 45(2): 98-104.
- 7- Almeida HSS. *A educação continuada como um mecanismo de transformação para os Agentes Comunitários de Saúde e a Equipe de Saúde Bucal – Relato de Experiência* [Dissertação]. Formiga: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
- 8- Barbosa VBA, Ferreira MLSM, Barbosa PMK. Educação Permanente em saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde. *Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS)* 2012; 33(1): 56-63.
- 9- Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Cien Saude Colet* 2013; 18(7): 2147-2156.
- 10- Koyashiki GAK, Alves-Souza RA, Garanhani ML. O trabalho em saúde bucal do agente comunitário de saúde em Unidades de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2008; 13(4): 1343-1354.
- 11- Nunes-Bombarda FF, Miotto MHMB; Barcellos LA. Autopercepção de saúde bucal do agente comunitário de saúde de Vitória, ES, Brasil. *Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr (João Pessoa)* 2008; 8(1): 7-14.

- 12- Marques DS. *Impacto de uma capacitação de Agentes Comunitários de Saúde na promoção de Saúde Bucal* [dissertação]. Santos: Universidade Católica de Santos; 2005.
- 13- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – 1998*. [acesso 2013 Ago 20]. Disponível em: <http://www.ibge.org.br>.
- 14- Brasil. Ministério da Saúde. Portal do Departamento de Atenção Básica. 2012. *Sala de Apoio à Gestão Estratégica*. [acesso 2015 jul 20]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/sala_apoio_gestao_estrategica.php
- 15- Bianco LC. *Avaliação de conhecimentos em saúde bucal de agentes comunitários de saúde (ACS) e usuários do SUS de Porto Velho* [dissertação]. Taubaté: Universidade de Taubaté; 2010.
- 16- Soares FF, Figueiredo CRV, Borges NCM, Jordão RA, Freire MCM. Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. *Cien Saude Colet* 2011;16(7):3169-3180.
- 17- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo à Saúde Bucal. *Diário Oficial da União* 2000; 29 dez.
- 18- Zanetti CHG. *Por um caminho sustentável para universalização da atenção básica: Saúde Bucal da Família com equidade e integralidade*. Brasília: Universidade de Brasília; 2000. [acesso 2015 març 20]. Disponível em: http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo_amplo/psf_caminho.htm

- 19-Souza DS, Cury JÁ, Caminha JAN, Ferreira MA, Tomita NE, Narvai PC. A Inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família. *Rev. Bras. Odont Saúde Coletiva* 2001; 2(2): 7-29.
- 20-Frazão P; Marques DSC. Influência de agentes comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimentos de saúde bucal. *Cien Saude Colet* 2006;11(1),131-144.
- 21-Rosa AA. *Capacitação dos agentes de saúde na área odontológica* [trabalho de conclusão de curso-especialização]. Tacuru: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; 2011.
- 22-Gouvêa GR et al. Avaliação do conhecimento em saúde bucal de agentes comunitários de saúde vinculados à Estratégia de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2015; 20(4):1185-1197.
- 23-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Banco de Dados. Cidades. [acesso 2013 ago 28]. Disponível em:<http://www.ibge.org.br>
- 24-São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba. *Departamento de Atenção Básica*. [Acesso 2015 maio 12]. Disponível em <http://www.saude.piracicaba.sp.gov.br>
- 25-Lefèvre F, Lefèvre AMC. O sujeito coletivo que fala. *Interface-Comum., Saúde Educ.* 2006; 10(20):1-8.
- 26-Lefèvre F, Lefèvre AM. *Pesquisa de Representação Social: um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do discurso do sujeito coletivo*. Brasília: Editora Líber, 2010.
- 27-Jodelet D. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: UERJ; 2001.

- 28- Mialhe FL, Lefèvre F, Lefèvre AMC. O agente comunitário de saúde e suas práticas educativas em saúde bucal: uma avaliação qualiquantitativa. *Cien Saude Colet* 2011; 16(11): 4425-4432.
- 29- Oliveira LK, Ozelame SB, Dalcegio S, Philippi CK, Bueno RN, Bottan ER. Agente comunitário de saúde e a prevenção do câncer bucal. *Salusvita* 2012, 31(2): 141-151.
- 30- Musse JO, Marques RS, Lopes FRL, Monteiro KS, Santos SCD. Avaliação de competências de Agentes Comunitários de Saúde para coleta de dados epidemiológicos. *Cien Saude Colet* 2015; 20(2): 525-536.
- 31- Moura MS et al. Perfil e práticas de saúde bucal do agente comunitário de saúde em municípios piauienses de pequeno porte. *Cienc Saude Colet* 2010;15(1):1487-1495.
- 32- Chaves RIFM. *Educação em saúde bucal: Oficinas para a capacitação de agentes comunitários de saúde de Montes Claros-MG* [dissertação]. Belo Horizonte. Pontifica Católica de Minas Gerais. 2011.
- 33- Barba FC. *Percepção e atuação de ACS em relação a saúde bucal. Naviraí- MS- 2009*. [Dissertação]. Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2009.
- 34- Mota RRA, David HMSL. A crescente escolarização do ACS: uma indução do processo de trabalho? *Trab. Educ. Saúde* 2010; 8(2): 229-248.
- 35- Pires ROM, Lopes Neto F, Lopes JBB, Bueno SMV. O conhecimento dos Agentes Comunitários sobre saúde bucal: uma perspectiva sobre deficiências em educação em saúde no PSF. *Cien Cuid Saude* 2007, 6(3): 325-334.
- 36- Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008, 24(2): 241-246.

- 37- Lefèvre, F, Lefèvre AMC, Ignarra RM. "*O conhecimento de intersecção: uma nova proposta para as relações entre a academia e a sociedade*". Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública, 2007.
- 38- Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 43ªed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
- 39- Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 54ªed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2013.
- 40- Botazzo C. *Diálogos sobre a boca*. São Paulo: Hucitec; 2013.
- 41- Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saude Publica* 2006,40(Esp).
- 42- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. 2012.
- 43- Bornstein VJ, David HMSL, Araújo JWG. Agentes Comunitários de Saúde: a reconstrução do conceito de risco no nível local. *Interface-Comunic., Saude, Educ.* 2010, 14(32): 93-101.
- 44- Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saude Publica* 2005; 39(3), 507-14.

3 DISCUSSÃO

O conhecimento detalhado das percepções dos ACS acerca das dificuldades encontradas para fazerem Educação e Promoção da Saúde é importante para a busca do enfrentamento das mesmas. Nesse sentido, o presente estudo buscou conhecer, de forma aprofundada, tais percepções, bem como as sugestões para o aprimoramento das práticas de Promoção da saúde. Constitui-se, portanto, numa ferramenta legítima de conhecimento e proposta de melhoria da realidade.

O presente estudo, por ser de caráter transversal, não permite a verificação de relações causais. Isso aponta para a necessidade de novos estudos, a fim de aprofundar os dados ora obtidos. Contudo, pode-se refletir sobre as inferências desses resultados para outros ACS de outras localidades – ao menos no Estado de São Paulo - já que a oferta de cursos de capacitação e de educação permanente e continuada têm ocorrido de forma semelhante no Estado. Assim, as dificuldades entre eles podem, provavelmente, ser semelhantes.

Em relação ao sexo e a faixa etária, o presente estudo corrobora com os resultados de outros autores (Emmi e Barroso, 2008; Barba, 2009; Bianco, 2010; Moura et al., 2010; Vasconcelos et al., 2010; Chaves, 2011; Mialhe et al., 2011; Oliveira et al., 2012; Musse et al., 2015), nos quais se pode verificar que a maioria dos ACS era do sexo feminino, na faixa etária entre 30 a 39 anos. Tais achados apontam para a associação do trabalho da ACS com a sua vinculação com o “cuidar do outro”, além disso, a proximidade com a residência, permitindo controle e acompanhamento do cotidiano dos filhos. Provavelmente esses fatos justifiquem a expressiva predominância de mulheres no trabalho da ACS em todo o país (Mota e David, 2010).

O Decreto nº 3.189/99 fixou diretrizes para o exercício de ACS e a Lei 10.507 de 10 de julho de 2002 criou a profissão de ACS; atualmente, as atividades do ACS são regidas pela Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 (Brasil, 2006b).

Para o exercício da profissão de ACS é exigido ensino fundamental completo e residência na área de sua atuação. Com relação à escolaridade dos

participantes desse estudo, a maioria possui nível de estudo superior ao exigido pela lei, o que corrobora com os resultados encontrados por Pires et al (2007), onde 78,85% apresentaram o 3º colegial completo.

Além disso, a maioria dos ACS entrevistados reside no bairro e atua na função há mais de 48 meses, o que certamente facilita a recepção dos ACS por parte da população, e isso é, sem dúvida, um fator importante, visto que mensalmente esses profissionais terão que adentrar à casa das pessoas. Isso pode influenciar positivamente na articulação do serviço com a comunidade e no enfrentamento da complexidade do trabalho em saúde, bem como entender o conjunto de crenças e conceitos predominantes nessa comunidade onde estão inseridos.

Considerando-se que as pessoas relacionam-se no território, o ACS é, antes de tudo, um vizinho, visto que frequenta os mesmos espaços sociais. Há também de se considerar outros aspectos importantes, como a empatia para a integração desse trabalhador com os usuários e o exercício de sua função de forma eficiente (Ferraz, 2005; Brasil, 2006; Bianco, 2010).

Os elementos identificados nos discursos que compõem esse estudo apontam que uma parcela significativa dos ACS entrevistados tem dificuldade de fazer educação em saúde bucal; e esta parcela foi semelhante nos dois grupos pesquisados. Isso indica que a Educação em Saúde bucal, desempenhada pelos ACS, é sempre desafiadora e as dificuldades encontradas variam de acordo com os recursos disponíveis. Podem ser dificuldades técnicas específicas ou condições individuais que dificultam a ação do ACS, bem como a resistência dos pacientes, a sobrecarga de responsabilidades desses profissionais e até mesmo a falta de material.

No que diz respeito às dificuldades técnicas específicas, 30,35% dos entrevistados que trabalham sem ESB relataram esse elemento como dificultador e seus discursos trouxeram elementos indicativos de insegurança técnica, desconhecimento, falta de capacitação e treinamento, etc., enquanto que dentre os ACS que trabalham com ESB, tais dificuldades também foram descritas, porém de forma menos prevalente (12,67%). Isso aponta para a importância do aporte teórico, trazido pela presença da ESB ao ACS. Esse

resultado aproxima-se dos achados de Gouvêa et al. (2015) que pesquisaram o conhecimento de ACS que atuam com ESB e de ACS que trabalham sem ESB, e concluíram que os conhecimentos sobre processo saúde/doença bucal dos ACS vinculados à USF com ESB são melhores quando comparados aos ACS vinculados à USF sem ESB.

Outro importante elemento dos discursos foi a constatação de que parte dos entrevistados - de ambos os grupos - não faz Educação em Saúde bucal. Tendo em vista que essa é uma importante atribuição dos ACS, fica clara a importância de se superar as dificuldades que impedem os mesmos de desempenharem tal tarefa. Nesse sentido, identifica-se que o grupo que atua sem ESB restringe educação em saúde para crianças, como se adultos e idosos não necessitassem disso. Isso aponta para uma visão reducionista, provavelmente fruto de uma construção histórica oriunda de modelos de saúde bucal passados. Nesses referidos modelos passados, as crianças eram a população privilegiada dos programas, enquanto que todas as demais faixas etárias eram excluídas do acesso (Nickel et al, 2008). Já no grupo que atua com ESB, ficou clara a visão hegemônica dos ACS que não fazem educação em saúde bucal, ao relatarem que encaminham os indivíduos para o Dentista, a fim de que esse o faça.

Por outro lado, com relação às condições específicas, relatadas pelos dois grupos como um elemento dificultador da prática de educação em SB pelos ACS, percebe-se a diferença de concepção desses grupos sobre esse elemento. O grupo que atua sem ESB restringe tais condições aos “pacientes com dentes estragados”, enquanto que o grupo que atua com ESB entende como condições específicas aquelas relacionadas aos determinantes sociais do processo saúde e doença, a aspectos comportamentais, de acesso aos serviços, relacionados às diferentes fases da vida, etc. Isso aponta para uma possível ampliação de visão por parte dos ACS que atuam com ESB, os quais parecem visualizar outros aspectos relacionados à saúde e à saúde bucal para além daqueles específicos da boca.

A falta de material, relatada como um dificultador, é preocupante, já que foi apontada por ambos os grupos e diz respeito às condições de trabalho

da equipe. Deveria, portanto, ser observada pelas ESF, uma vez que, como já foi mencionado, a educação em saúde é uma atribuição dos ACS, prevista na Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012), para a qual devem existir, portanto, recursos materiais e financeiros empenhados.

A resistência dos usuários, relatada por ambos os grupos, como outro importante elemento dificultador corrobora com os achados do estudo de Barba (2009) em que os ACS citam que a população adulta não aceita as orientações passadas pelos agentes comunitários. Considerando-se que tal dificuldade foi relatada em proporção semelhante nos 2 grupos, pode-se supor que se trate de um elemento muito ligado aos desafios comuns a todos os ACS, estejam eles em Unidades com ou sem ESB, como por exemplo a complexa tarefa de adentrar na casa das pessoas.

Nunes et al. (2002) demonstraram a importância dos ACS criarem estratégias para a implementação de ações educativas para a saúde, propondo mudanças de hábitos e comportamentos, sobre os quais a população tem resistência. Os estudos de Barbosa et al. (2007) e de Frazão e Marques (2006), demonstram que as ações em Educação em SB devem ser realizadas de forma simples, com baixos custos, devendo alcançar as Unidades de Saúde, os domicílios e espaços coletivos, para assim despertarem nas pessoas a consciência preventiva. Isso, segundo os autores, é o que estimula e promove a transformação de hábitos, a prevenção de doenças e a promoção de saúde.

Com relação às sugestões dos ACS para o aprimoramento de suas atividades visando à promoção da saúde bucal, chama a atenção o anseio por educação continuada e cursos de capacitação, observado na maioria dos discursos de ambos os grupos, tal constatação é bem-vinda, pois denota interesse por parte desses profissionais. A necessidade de capacitação em saúde bucal para os ACS foi verificada também no trabalho de Almeida (2011), em que após a realização de oficinas de capacitação, houve maior eficiência no processo de trabalho desses profissionais e impacto positivo nas atividades das ESB no município.

No estudo de Bianco (2010) também ficou evidente a necessidade de adequar os conhecimentos em SB aos ACS para que possam exercer influência

positiva sobre o comportamento dos usuários por eles assistidos. Bornstein et al. (2010) observaram, ainda, que os processos educativos participativos permitem uma melhor compreensão dos problemas locais o que proporciona uma visão de saúde mais contextualizada, efetivando a ação dos ACS.

Contudo, há de se ressaltar que em processos complexos como esse, mais importante do que conhecimento técnico específico é a reflexão sobre a prática, estabelecendo relação entre os problemas que são apresentados, a realidade vivida e os conhecimentos adquiridos. Assim, para além da mera aquisição de conhecimentos, fica clara a importância da ressignificação da prática. Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde (EPS) revela-se com uma estratégia de escolha mais adequada do que a educação continuada ou os cursos de capacitação.

Através da EPS, busca-se fomentar a crítica, a reflexão e o aprendizado do trabalho em equipe, levando-se em conta a realidade social, a fim de se prestar um trabalho mais humano e de qualidade. O objetivo da EPS, portanto, vai além da formação técnica, ela busca formar seres mais criativos no pensar, no sentir, no querer e no atuar (Brasil, 2012).

O grupo que atua em Unidade sem ESB sugere que “todos os PSF deveriam ter dentista que seja próximo da população”.

Tudo isso aponta para a importância de estudos que, como este, apurem as percepções dos trabalhadores da atenção básica sobre suas próprias necessidades de recursos, sejam humanos, sejam materiais, pois são eles (os trabalhadores – e, especialmente os ACS) que melhor conhecem os anseios e necessidades da população usuária.

Também é relevante a sugestão sobre a composição de grupos para os quais o Dentista faça palestras. Nos discursos dos dois grupos observa-se a preocupação de se inserir, nessa estratégia, pessoas de várias faixas etárias, e que sejam abordados diversos temas com ênfase na importância da saúde bucal. Isso aponta para a preocupação dos ACS com a integralidade do cuidado, uma vez que parecem compreender que as ações clínicas não são suficientes para dar conta da saúde das pessoas. É necessário abordar, o mais eficientemente possível, as questões voltadas à promoção da saúde e à

prevenção das doenças. E, isso feito no âmbito coletivo, tem a potencialidade de atingir o maior número de pessoas possível, além de ter a vantagem da abordagem em grupo, que permite a troca de experiências, tão valiosa nos contextos de ensino-aprendizagem.

A sugestão de maior atuação dos ACS em espaços externos à Unidade, no caso nas visitas domiciliares (sugerida pelo grupo com ESB) e nas escolas (sugerida pelo grupo sem ESB), embora tenha surgido com menor proporção, deve ser considerada e vista como coerente com suas atribuições, uma vez que são espaços de vivência das pessoas e, portanto, cenários importantes para a aprendizagem significativa.

4 CONCLUSÃO

Em atividades relacionadas à atuação dos ACS na saúde bucal estes reconhecem a importância do trabalho em equipe e sabem da importância da integralidade nos cuidados em saúde, mas enfrentam grandes dificuldades para realizar o seu trabalho cotidiano de promoção em saúde bucal pois lhe faltam estrutura e conhecimentos específicos na área.

Em relação à pesquisa com os ACS sobre quais situações eles têm dificuldade em fazer ESB e quais sugestões eles dariam para o aprimoramento de suas atividades visando a promoção de saúde, os 2 grupos foram unânimes em responder que tem dificuldade devido à falta de capacitação permanente em SB e devido à resistência dos pacientes pois os mesmos não têm a cultura e o hábito de cuidar de sua saúde bucal.

Com isso pode-se afirmar que o presente estudo mostra-se coerente com os estudos presentes na literatura e, por isso, uma proposta de Educação Permanente em Saúde para o aperfeiçoamento das atividades em saúde bucal dos ACS no município de Piracicaba- SP, realizada no âmbito do trabalho seria uma importante estratégia para conduzir as mudanças e aperfeiçoamento das práticas profissionais com a finalidade de melhorar as condições de trabalho e a qualidade dos serviços prestados em consonância com os conceitos de integralidade, resolutividade e humanização.

REFERÊNCIAS²

1. Almeida HSS. A educação continuada como um mecanismo de transformação para os Agentes Comunitários de Saúde e a Equipe de Saúde Bucal – Relato de Experiência [Dissertação]. Formiga: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
2. Barba FC. Percepção e atuação de ACS em relação a saúde bucal. Naviraí- MS-2009 [Dissertação]. Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2009.
3. Barbosa AAA, Brito EWG, Costa ICC. Saúde bucal no psf, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. Cienc. Odontol. Bras. 2007; 10(3): 53-60.
4. Bianco LC. Avaliação de conhecimentos em saúde bucal de agentes comunitários de saúde (ACS) e usuários do SUS de Porto Velho [dissertação]. Taubaté: Universidade de Taubaté; 2010.
5. Bornstein VJ, David HMSL, Araújo JWG. Agentes Comunitários de Saúde: a reconstrução do conceito de risco no nível local. Interface-Comunic., Saúde, Educ.2010; 14(32): 93-101.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União 2000.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa Saúde da Família. Brasília: MS, 2001.

² De acordo com as normas da UNICAMP/FOP, baseadas na padronização do International Committee of Medical Journal Editors. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

8. Brasil. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001 [acesso 23 Set 2014]. Que estabelece a reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica [internet]. Disponível em:
http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo_ amplo/portaria267.htm.
9. Brasil. Ministério da Saúde. O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
10. Brasil. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2002; Seção 3, p.132.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria MS 518/ 2004. Brasília. 2004.
12. Brasil. Portaria n.648, de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de mar 2006.
13. Brasil. Lei n. 11.350 de 5 de outubro de 2006. Define que as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias. Diário Oficial da União. Brasília, 2006.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção Básica/ Departamento de Atenção Básica, nº17- Saúde Bucal. Brasília: 2006b.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Atenção Básica. 4ªed.Brasília; Ministério da Saúde; 2007.

16. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASSS, 2007.
17. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2009.
18. Brasil. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº2.027, de 25 de agosto de 2011. Altera a Portaria nº648/GM/MS, de 28 de março de 2006. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 25 ago.2011.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 2012.
20. Cardoso ASM. A educação permanente na realidade do trabalho do ACS: a aprendizagem no contexto da ESF [trabalho de conclusão de curso – especialização]. Araçuaí-MG: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
21. Chaves RIFM. Educação em saúde bucal: Oficinas para a capacitação de agentes comunitários de saúde de Montes Claros-MG [dissertação]. Belo Horizonte. Pontifícia Católica de Minas Gerais. 2011.
22. Duarte LR, Silva DSJR, Cardoso SH. Construindo um programa de educação com ACS. Interface- Comunic., Saúde, Educ. 2007; 11(23): 439-47.
23. Emmi DT, Barroso RFF. Avaliação das ações de saúde bucal no programa de saúde da família no distrito de Mosqueiro, Pará. Cienc. Saúde Colet. 2008; 13(1): 35-41.

24. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Cienc. Saúde Colet.* 2005;10(2): 347-55.
25. FRAZÃO, P.; MARQUES, D. S. C. Influência de agentes comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimentos de saúde bucal. *Cienc. Saúde Colet.* 2006; 11(1): 131-144.
26. Gouvêa GR *et al.* Avaliação do conhecimento em saúde bucal de agentes comunitários de saúde vinculados à Estratégia de Saúde da Família. *Cienc. Saúde Colet.* 2015; 20(4): 1185-1197.
27. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – 1998. [acesso 2013 Ago 20]. Disponível em: <http://www.ibge.org.br>.
28. Koyashiki GAK, Alves-Souza RA, Garanhani ML. O trabalho em saúde bucal do agente comunitário de saúde em Unidades de Saúde da Família. *Cienc. Saúde Colet.* 2008; 13(4): 1343-1354.
29. Martins RJ, Moimaz SAS, Garbin AJÍ, Gonçalves PRV, Garbin CAS. Relação entre a inserção da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e o nível de conhecimento dos agentes comunitários de saúde. *Rev. Bras. Medicina Família e Comunidade* 2014; 9(33): pp-pp.
30. Mattos GCM *et al.* A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014; 19(2): 373-382.
31. Mialhe FL, Lefèvre F, Lefèvre AMC. O agente comunitário de saúde e suas práticas educativas em saúde bucal: uma avaliação quali-quantitativa. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(11): 4425-4432.

32. Mota RRA, David HMSL. A crescente escolarização do ACS: uma indução do processo de trabalho? Trab. Educ. Saúde 2010; 8(2): 229-248.
33. Moura, M.S. et al. Perfil e práticas de saúde bucal do agente comunitário de saúde em municípios piauienses de pequeno porte. Ciênc. Saúde Colet. 2010; 15(1): 1487-1495.
34. Musse JO, Marques RS, Lopes FRL, Monteiro KS, Santos SCD. Avaliação de competências de Agentes Comunitários de Saúde para coleta de dados epidemiológicos. Ciênc. Saúde Colet. 2015; 20(2): 525-536.
35. Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. Cad. Saúde Pública 2008; 24(2), p.241-246.
36. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCI. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad. Saúde Pública 2002;18(6):1639-1646.
37. Nunes-Bombarda FF; Miotto MHMB; Barcellos LA. Autopercepção de saúde bucal do agente comunitário de saúde de Vitória, ES, Brasil. Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integrada 2008; 8(1): 7-14.
38. Oliveira LK et al. Agente comunitário de saúde e a prevenção do câncer bucal. Salusvita 2012; 31(2): 141-151.
39. Pires ROM, Lopes Neto F, Lopes JBB, Bueno SMV. O conhecimento dos Agentes Comunitários sobre saúde bucal: uma perspectiva sobre

deficiências em educação em saúde no PSF. *Ciênc.Cuid.Saúde* 2007; 6(3): 325-334.

40. Rodrigues AAAO, Bomfim LS. Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família em Município do Semiárido Baiano (Feira de Santana): Organização e Micropolítica. *Rev. APS* 2010;13(1): 96-108.
41. Rosa AA. Capacitação dos agentes de saúde na área odontológica [trabalho de conclusão de curso- especialização]. Tacuru: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; 2011.
42. Souza DS, Cury JA, Caminha JAN, Ferreira MA, Tomita NE, Narvai PC. A Inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família. *Rev. Bras. Odont. Saúde Coletiva* 2001; 2(2): 7-29.
43. Vasconcelos M *et al.* Os desafios dos agentes comunitários de saúde em relação à saúde bucal em município de pequeno porte. *Arquivos em Odontologia* 2010; 46(2): 98-104.
44. Zanetti CHG. Por um caminho sustentável para universalização da atenção básica: Saúde Bucal da Família com equidade e integralidade. Brasília: Universidade de Brasília; 2000 [acesso 2013 Out 15].
Disponível em:
http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo_amplo/psf_caminho.htm

ANEXOS

Anexo 1- Declaração de submissão do artigo à Revista Ciência e Saúde Coletiva



Submission Confirmation

Thank you for submitting your manuscript to *Ciência & Saúde Coletiva*.

Manuscript ID: CSC-2015-1485

Title: Percepções do Agente Comunitário de Saúde sobre educação e promoção da saúde bucal em Unidades de Saúde da Família: uma análise quali-quantitativa

Authors: REZENDE, ANA
Gouvêa, Giovana
Mialhe, Fábio
Leme, Pedro Augusto
Pereira, Antonio Carlos
Guerra, Luciane
Cortellazzi, Karine

Date Submitted: 07-Aug-2015



Print



Return to Dashboard

© Thomson Reuters | © ScholarOne, Inc., 2015. All Rights Reserved.

ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.
ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

[@ScholarOneNews](#) | [System Requirements](#) | [Privacy Statement](#) | [Terms of Use](#)

Anexo 2 – Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa **"Análise do conhecimento em Saúde Bucal dos Agentes comunitários de Saúde e usuários do SUS"**, protocolo nº 096/2013, dos pesquisadores Giovana Renata Gouvêa, Ana Alexandra de Rezende, Fábio Luiz Mialhe e Karine Laura Cortellazzi, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 09/10/2013, com alterações em 12/08/2015.

The Ethics Committee in Research of the Piracicaba Dental School - University of Campinas, certify that the project **"Analysis of oral health knowledge of community health Agents and users of SUS"**, register number 096/2013, of Giovana Renata Gouvêa, Ana Alexandra de Rezende, Fábio Luiz Mialhe and Karine Laura Cortellazzi, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee on Oct 09, 2013; with alterations on Aug 12, 2015.

Prof. Dra. Fernanda Miori Pascon
Secretária
CEP/FOP/UNICAMP

Prof. Dr. Jacks Jorge Junior
Coordenador
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.
Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.

Anexo 3 – Declaração do Serviço de Informação ao cidadão.

SEMS
Protocolo 125009
10 09 13 14 04


Of./SEMS1026/2013

Prefeitura do Município de Piracicaba
Secretaria Municipal de Saúde
Estado de São Paulo - Brasil

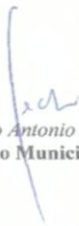
Piracicaba, 04 de setembro de 2013.

Ref: Serviço de Informação ao Cidadão/Protocolo/156: 124.804/2013

Em atenção ao expediente supracitado, de autoria da Senhora GIOVANA RENATA GOUVÊA, informamos que atualmente temos no quadro funcional 245 (duzentos e quarenta e cinco) Agentes Comunitários de Saúde ativos, contratados através concurso público para atuarem junto ao Programa Saúde da Família.

A Secretaria Municipal de Governo.

Atenciosamente,


Dr. Pedro Antonio de Mello
Secretário Municipal de Saúde

CENTRO CÍVICO
Rua Antonio Corrêa Barbosa, 2.233 – 8º andar – CEP: 13.400-900
Tel: (19) 3403.1710